



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319256
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/2020	4-Data de Autorização 02/06/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 319256	7-Data Validade da Senha 31/08/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550601862201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 02/06/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANE DA SILVA MARTINS		14-Telefone (02) 081969	15-Nome do titular do plano ADRIANE DA SILVA MARTINS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante R.R. KOGA ODONTOLOGIA (EMERGENCIA)	18-Número no CRO 39237	19-UF SP	20-Código CBO S 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1148563810		22-Nome do Contratado Executante ROSANA RIEKO KOGA	23-Número no CRO 39237	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROSANA RIEKO KOGA		27-Número no CRO 39237	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	Assinatura
1	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	02/06/2020		Adriane Martins
2	008520034	TRATAMENTO EM	14		1	8,00	0,00		N	02/06/2020		Adriane Martins
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/06/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/06/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/06/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/06/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------